

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

1945
ANNÉE 1944

THESE

N°

20

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Victor FLANDIN

Né le 25 Novembre 1915, à Thiersville (Algérie).

Présentée et soutenue publiquement le..... 9 JANV 1945 19..

**L'ULCERATION AIGUË
DES ORGANES GENITAUX EXTERNES
DE LA FEMME
au cours de la fièvre typhoïde**

Président : M. ABRAMI, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **FLANDIN.**

Prénom : **Victor.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

FLANDIN (Victor). — L'ulcération aiguë des organes génitaux externes de la femme au cours de la fièvre typhoïde. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 70 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

FLANDIN (Victor). — L'ulcération aiguë des organes génitaux externes de la femme au cours de la fièvre typhoïde. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 70 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

FLANDIN (Victor). — L'ulcération aiguë des organes génitaux externes de la femme au cours de la fièvre typhoïde. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 70 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

FLANDIN (Victor). — L'ulcération aiguë des organes génitaux externes de la femme au cours de la fièvre typhoïde. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 70 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Victor FLANDIN

Né le 25 Novembre 1915, à Thiersville (Algérie).

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

L'ULCERATION AIGÜE
DES ORGANES GENITAUX EXTERNES
DE LA FEMME
au cours de la fièvre typhoïde

Président : M. ABRAMI, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LÉROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Justin BEZANÇON
Technique opératoire	MOULONGUET
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CADENAT.
Clinique des maladies infectieuses	BROCQ.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchement	LANTUEJOUL.
	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
N.	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
N.	Hydrologie.	LAVIER	Parasitologie.
BONNET	Bactériologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BROUET	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CACHERA	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Boger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	RENARD	Ophtalmologie.
DEGREZ (H.)	Physique.	RICHER	Physiologie.
DESOILLE	Médecine légale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
LE LORIER	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.

**IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT**

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		DE GAUDART ..	
LAROCHE Guy ..		D'ALLAINES ..	
MOREAU		MOULONGUET ..	
M.			
ECALLE	Clinique obstétricale		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE, A MA MERE

*Ma reconnaissance et mon affection pour eux sont immenses.
Une longue séparation me montre mieux que jamais combien leur amour m'est nécessaire.*

A MA FEMME

Avec tout mon amour.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON AMI

LE DOCTEUR ROBERT PONS

en captivité au Stalag VI A.

A MON AMI

LE DOCTEUR RAYMOND VILLOUTREIX

en captivité au Stalag XVIII A.

*De longues années d'études
nous ont liés de la plus franche
et solide des amitiés, qu'ils sa-
chent que malgré l'éloignement
leur présence est toujours en
nous.*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI

Professeur de la Chaire de Clinique Médicale
de l'Hôpital Broussais,

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Il nous a permis de relever
dans son service une observa-
tion, base de notre travail, et
nous fait aujourd'hui le grand
honneur de présider notre thèse.*

*Qu'il veuille bien recevoir ici
l'hommage respectueux de notre
reconnaissance.*

*Je tiens à remercier les Docteurs HENRI, EDOUARD
BRISSAUD et ANDRÉ PARAF qui nous ont guidé dans
notre travail.*

*Tous nos remerciements aussi à notre amie Made-
moiselle ANDRÉE FOINET qui nous a aidé dans nos re-
cherches de bibliographie étrangère.*

A TOUS MES CAMARADES DE CAPTIVITE

plus particulièrement

à ceux du Kriegsgefangenen Lazarett VB de Villingen

et à JEAN-LOUIS BLIN

*qui est notre ami et fut un de
nos compagnons les plus sûrs
pendant toutes ces heures par-
fois si difficiles.*

INTRODUCTION

J'ai eu l'occasion, pendant l'été 1944, d'observer quelques cas de fièvres typhoïdes dans le service de Monsieur le Professeur ABRAMI, à l'Hôpital Broussais. Une de ces malades présentait des ulcères aigus de la vulve.

L'ulcère aigu de la vulve au cours de la fièvre typhoïde est relativement rare. C'est pour cela que Monsieur le Docteur André PARAF m'a suggéré l'idée de relever cette observation et de la présenter dans une thèse.

Dans notre travail après avoir exposé notre observation et les plus intéressantes parmi celles qui ont été publiées se rapportant à « l'ulcus vulvæ acutum » au cours de la fièvre typhoïde, nous passerons une revue générale de la question.

Nous examinerons, en effet, les points de vue historique, clinique, bactériologique et pathogénique de ces ulcérations génitales bien individualisées actuellement et leur rapport avec la fièvre typhoïde.

Un travail de ce genre a déjà été fait dans la thèse de VIDAL (Paris 1935) mais nous croyons qu'il n'est pas superflu de revenir sur la question pour l'envisager surtout au point de vue pathogénique, car les hypothèses ont — depuis l'importance donnée à la présence du bacillus Crassus dans les ulcérations génitales — bien évolué ces dernières années.

HISTORIQUE

Quoique nous intéressant particulièrement à l'ulcère aigu de la vulve dans ses rapports avec la fièvre typhoïde, nous sommes obligés, tout d'abord, d'envisager les premiers travaux en dehors de toute dothiéntérie.

Le premier qui parla d'ulcère aigu de la vulve et qui individualisa cette affection fut LIPSCHUTZ, en 1907, et surtout de 1909 à 1913. On a l'habitude, pour cette époque, de ne signaler que les travaux de cet auteur, pourtant, en 1907, un Russe — TSCHAPIN — avait réuni et publié 9 observations sur ce qu'il appelle « les ulcérations génitales de la femme ».

Après les travaux de LIPSCHUTZ, qui furent plus connus que ceux de TSCHAPIN, les observations à l'étranger se succédèrent assez fréquentes ; telles celles de GROSZ en 1914, APPEL et SCHERBER en 1916, LENARTOWICZ en 1917, AL. FONS en 1919, LÆVI, KUMMER et BRUAUNER en 1920, BINGEL en 1921, ARZT en 1924, WERTHER et SCHUTZ en 1925, MATRAS en 1928 et 1932, etc..., etc...

Il fallut attendre l'année 1927 pour voir en France la première publication, sur ces ulcérations génitales, faite à la réunion de dermatologie de Strasbourg, par RÆDERER et SLOMOVICI. D'autres suivirent ensuite. Ce furent celles de :

En 1929 : GOUGEROT, BURNIER et Pierre UHRY.

En 1931 : L.M. PAUTRIER et J. RÖDERER.

En 1931 : BURNIER et A. CORTEAUD.

En 1932 : Paul CHEVALIER.

Etc..., etc...

Il semble que nous devons maintenant rattacher à ce court exposé historique quelques publications parues avant les travaux de LIPSCHUTZ. Ce qui nous permet de rajouter aujourd'hui ces anciennes observations, ce sont les nouvelles conceptions pathogéniques de l'ulcère aigu de la vulve ; conceptions qui font de ces ulcérations génitales de la femme les manifestations locales d'une maladie générale : l'aphtose. Et nous voyons que de nombreux auteurs s'étaient attachés à décrire ces ulcérations, ce sont notamment :

— PARROT, en 1881.

— NEUMANN, en 1895.

— LARTIGAU, en 1899.

— SACHS, en 1905.

— SARAZIN, en 1883.

Le premier cas d'ulcère aigu de la vulve au cours d'une fièvre typhoïde fut rapporté par LIPSCHUTZ en 1908. SCHERBER observa le deuxième cas. Depuis plusieurs autres auteurs firent des publications à ce sujet. Les voici :

A l'étranger :

Une observation de LIPSCHUTZ en 1908.

Une observation de SCHERBER en 1916.

Trois observations d'ASSNIN et SUTEJEW, 1928, 1932, 1932.

Deux observations de ROSENTHAL, en 1930.

Une observation de TRIBALDI en 1931.

Une observation de POLICARO en 1937.

Une observation de ZANELLI en 1937.

Une observation de BERLIN en 1939.

En France :

La première observation est de MM. BRULÉ, HIL-
LEMAND et GILBRIN en 1932.

La deuxième est de MM. TROISIER, BARIÉTY et GA-
BRIEL en 1934.

La troisième est publiée dans la thèse de MORDO
(Paris 1939) observation relevée dans le service
du Docteur BODIN.

RELEVÉ D'UNE OBSERVATION

Voici l'observation que nous avons relevée dans le service de M. le Professeur ABRAMI, au cours de l'été 1944.

Louise N..., 16 ans, étudiante, est hospitalisée dans le service de M. le Professeur ABRAMI le 26 juin 1944 pour un état fébrile persistant.

L'affection a débuté le 16 juin par une céphalée aiguë et des malaises généraux. La température, prise seulement trois jours après : le 19 juin, décelle une hyperthermie : 39°. La céphalée persiste, apparaissent en plus insomnie et anorexie.

Jusqu'à son entrée à l'hôpital la malade restera dans le même état avec une température en plateau aux environs de 39°.

Cependant, il est important de noter que le 21 juin notre jeune malade se plaignait de prurit vulvaire et de légères brûlures à la miction. Le médecin qui l'a vue à ce moment-là parle d'un herpès de la vulve. Nous n'avons pas pu avoir de plus amples renseignements sur ces troubles et les signes physiques présentés par les organes génitaux à ce moment-là.

A son entrée à l'hôpital, le 26 juin, notre jeune malade a 40° 2 de température, un pouls à 120 et un gros état de prostration.

L'examen général montre une langue très saburrale, légèrement rouge sur les bords, une gorge normale, un abdomen souple, sonore, une fosse iliaque droite un peu gargouillante.

Deux taches rosées sur les parois abdominales. Le foie est normal, la rate n'est ni percevable ni palpable. Aucun trouble digestif si ce n'est une légère diarrhée mais sans coliques.

La malade accusant une douleur vulvaire assez vive, nous trouvons à l'examen de ses organes génitaux sur la face interne de chacune de ses petites lèvres un ulcère. Ces ulcérations ont tous les caractères décrits dans l'*ulcus vulvæ acutum*, de LIPSCHUTZ.

Ils sont superficiels, arrondis, de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Les bords, polycycliques sont entourés d'un court liseré hyperémié, rouge vif. Le fond blanchâtre laisse sourdre un peu de pus non sanglant. La base n'est pas indurée. La palpation provoque de vives douleurs. Ni à droite, ni à gauche, dans les aines nous ne trouvons la moindre adénopathie.

Nous pratiquons immédiatement un prélèvement qui ne nous montre que des cocci banaux.

Le diagnostic, à ce moment-là, n'est pas encore assuré. Car, malgré les deux taches rosées trouvées sur les parois abdominales, nous ne pouvons pas affirmer une fièvre typhoïde. D'autre part, la présence de ces deux ulcères aigus de la vulve nous fait penser à un simple « *ulcus vulvæ acutum* » sans dothiénenterie, accompagné d'un état fébrile sévère comme cela a été déjà de nombreuses fois signalé. Le diagnostic de fièvre typhoïde est d'autant plus en suspens qu'une hémoculture faite à l'entrée à l'hôpital est négative.

Les jours suivants, la malade est toujours dans le même état clinique. Une numération globulaire montre une hyperbucocytose à 12.000 et un chiffre de globules rouges à 4 millions 660.000. Le taux de l'hémoglobine est de 85 %. La valeur globulaire de 0,92.

Il faudra attendre le résultat d'une deuxième hémoculture faite quelques jours plus tard, pour avoir une certitude : l'hémoculture se révèle en effet positive et l'on peut mettre en évidence la présence de bacilles d'EBERTH. Plus tard, le sero-diagnostic de WIDAL sera positif à l'EBERTH à 1/150.

L'évolution de la fièvre typhoïde fut courte et la température tomba rapidement pour devenir normale vers le 7 juillet. La convalescence est normale.

Les lésions vulvaires évoluèrent aussi très rapidement vers une complète résolution. Trois jours après l'hospitalisation, la cicatrisation commence, sans qu'il ne soit jamais constaté de croûte à la surface des ulcères, ni de points nécrotiques, ni de sphacèle. Le 5 juillet on ne trouve plus à la place des deux ulcères que deux petites cicatrices blanchâtres.

Nous n'avons jamais pu, par des prélèvements répétés, mettre en évidence la présence, dans le pus, de ces ulcérations vulvaires, de germe connu, et en particulier ni de bacille d'EBERTH, ni de bacillus CRASSUS.

OBSERVATIONS

Nous rapportons dans ce chapitre les plus intéressantes observations publiées sur l'ulcère aigu de la vulve au cours de la fièvre typhoïde.

Observation n° 1

— Observation publiée par MM. BRULÉ, HILLEMAND et GILBRIN dans *La Société Médicale*, le 15 avril 1932.

Mlle N... (Emilie), 18 ans, dactylographe, entre le 7 janvier 1932 à l'Hôpital Tenon, dans le service de M. le Professeur GRÉGOIRE, pour des ulcérations vulvaires noirâtres, à aspect sphacélique, avec température élevée.

Les accidents ont débuté le 5 janvier, 15 jours après ses dernières règles, qui remontent au 19 décembre. Elle se plaint de frissons, présente du délire. Elle accuse une douleur vulvaire très vive et sent une petite tuméfaction sur le bord droit de la vulve.

Le 7 janvier, les grandes lèvres sont œdématisées. En écartant les petites lèvres, on découvre de chaque côté sur leur face interne, une ulcération superficielle, ovalaire, de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50. Les contours sont polycycliques, les bords taillés à pic, hypérémiés. Le fond, recouvert d'une sorte de croûte noirâtre, secrète un liquide séro-sanguinolent, sanieux. La base n'est pas indurée. L'hymen est intact. Les ulcérations sont indolentes. Il n'y a pas de fécondité.

A droite et à gauche dans les aines de petits ganglions durs, et roulant sous le doigt, indolores.

L'état général est grave. Température : 39° 7. Pouls : 100. La malade est prostrée. Devant l'aspect sphacélique des lésions, des injections de sérum antigangréneux sont faites du 7 au 12 janvier.

Le 9 janvier, la croûte tombe, l'examen de la sérosité montre de très nombreux bacilles, gros, trapus, à bouts carrés, prenant le gram.

Le 11 janvier, les lésions s'étendent, gagnent la fourchette. Elles sont recouvertes d'une fausse membrane blanchâtre. Sur la petite lèvre droite apparaît une nouvelle ulcération. On fait des injections vaginales avec du permanganate de potasse et on applique localement du sérum antigangréneux et des pansements antiseptiques : eau oxygénée, poudre de novarsénobenzol.

Tout semblait orienter le diagnostic vers une maladie locale. Mais l'intensité des signes généraux, l'état de prostration de la malade sont hors de proportions avec les lésions vulvaires. On apprend que le début brutal n'a été qu'apparent. Il a été précédé d'une période de céphalée, de courbature, de somnolence. La température est un plateau entre 38° 8 et 40° 5. Pouls : 120. Les bruits du cœur sont assourdis. La rate est palpable et percutable. Quelques taches rosées apparaissent.

Une hémoculture permet le 9 janvier d'isoler un bacille d'EBERTH rapidement identifié.

Le 13 janvier, la malade est transportée dans notre service où nous portons le diagnostic d'ulcère aigu de la vulve au cours d'une fièvre typhoïde.

— Numération globulaire :

Hématies	3.780.100
Leucocytes	6.100

— Formule leucocytaire :

Polynucléaires	64 %
--------------------------	------

Lymphocytes	15 %
Moyens mononucléaires	14 %
Grands mononucléaires	4 %
Formes de transition	3 %

— Glycémie : 1 gr. 60.

— Urée sanguine : 0 gr. 28.

Les ulcérations, très peu douloureuses, diminuèrent de dimensions et se cicatrisèrent vers le 16 janvier.

La malade absorbe chaque jour, per os, une ampoule de vaccin T.A.B.

Une injection intraveineuse de 0,20 gr. de trypaflavine, le 15 janvier, détermine une chute thermique de 1 degré.

Le 18 janvier apparaissent des accidents sériques dus aux injections de sérum antigangréneux : urticaire, douleurs articulaires violentes. La température remonte à 40°. La malade est plus abattue.

Deux nouvelles injections de 0,20 gr. de trypaflavine, le 20 janvier et le 2 février, déterminent une grosse amélioration.

Deux rechutes se produisent avec hémoculture positive le 10 et le 23 février. Ces deux rechutes sont rapidement jugulées par de nouvelles injections de 0,20 gr. de trypaflavine, faites le 9, 12, 20 et 24 février. Il n'y a jamais eu d'azotémie.

La malade devient apyrétique le 26 février. Les lésions vulvaires n'ont pas récidivé. L'écoulement menstruel ne s'est pas encore produit.

Observation n° 2

— Observation publiée par MM. TROISIER, BARIÉTY et GABRIEL dans *La Société Médicale*, le 30 novembre 1934.

Mlle Sy. (Zélie), âgée de 21 ans, entre le 24 janvier salle Louis n° 32, pour un état fébrile à 40° et pour une ulcération vulvaire.

Histoire de la maladie. — En réalité cette jeune fille est souffrante depuis 9 jours. Le 5 janvier, en effet, elle a dû cesser son travail, prise qu'elle fut à ce moment de céphalées, de coliques, de diarrhée.

Dès le 8 janvier, sa température s'élevait à 39°. La diarrhée faisait place à de la constipation. La céphalée persistait et s'accompagnait même de douleurs dans la nuque et les lombes, à telle enseigne qu'un médecin faisait le diagnostic de « grippe ».

Le 11 janvier — 6 jours après le début de tous ces accidents — la malade ressentait une brûlure cuisante lors de la miction et constatait l'apparition, à la face interne des petites lèvres, d'ulcérations recouvertes d'un enduit blanchâtre. Ces ulcérations s'accroissent jusqu'à l'entrée de la malade dans notre service.

L'examen à l'entrée (15 janvier 1934). Quand nous l'examinons, le tableau est tellement particulier que nous pensons aussitôt — avertis par la communication antérieure de M. BRULÉ — à un ulcère aigu de la vulve chez une typhique.

1° Nous n'insisterons pas longuement sur la symptomatologie proprement typique : fièvre à 40°, pouls à 92, céphalée, langue blanche, légèrement dépouillée sur les bords et la pointe ; constipation, gargouillement de la fosse iliaque droite ; rate percevable sur deux travers de doigt ; foie normal ; pression artérielle basse à 10/8.

Ajoutons simplement que le lendemain, des taches rosées venaient compléter cet ensemble. Par la suite (21 janvier), le séro-diagnostic fut positif au bacille d'EBERTH (jusqu'à 1/800), au para A (jusqu'à 1/800), au para B (jusqu'à 1/1.200). L'hémoculture demeura négative, mais un examen bactériologique des urines (2 février) montra, par culture, la présence d'un bacille mobile, gram négatif donnant par repiquage les réactions suivantes :

— Célrose lactorée tournesolée : colonies bleues ;

- Gélose lactorée au rouge neutre : pas de gaz, pas de virage ;
- Gélose au sous-acétate de plomb ; noircit ;
- Lait tournesolé : rougit discrètement.

Il s'agissait d'un bacille d'EBERTH authentique.

2° Les ulcérations vulvaires siègent à la face interne des petites lèvres. Il existe là, de chaque côté, une ulcération large comme une pièce de 2 francs, à contours polycycliques, limitée par un liseré rouge vif, à bords non décollés. Le fond de l'ulcération est recouvert d'un enduit jaunâtre, tomenteux, se détachant facilement. La muqueuse avoisinante est un peu rouge et tuméfiée.

La malade est vierge. On ne constate dans les régions inguinales que des adéno-pathies insignifiantes et non douloureuses.

Un frottis prélevé sur ces ulcérations montre, après coloration, l'absence de spirilles, mais la présence de gros bâtonnets prenant le gram et de staphylocoques. On voit, en outre, de nombreux polynucléaires dégénérés, des cellules vacuolaires, des filaments de fibrine.

La culture sur gélose ordinaire laisse pousser du staphylocoque. Sur bouillon T, on note, après 24 heures, un voile à la surface du bouillon ; il s'agit de petits bacilles en palissade, prenant le gram.

Repiqué sur gélose de VEILLON, cette culture donne au bout de 24 heures, des colonies très denses, d'aspect lenticulaire (1 millimètre environ de diamètre) et siégant dans les trois centimètres supérieurs du tube. Examinés au microscope, ces cultures sont formées de gros bacilles à bouts carrés, se mettant bout à bout, s'unissant par endroits en chaînettes de 4 à 6 éléments, légèrement anguleuses. Ces germes prennent fortement le gram.

Sur lait tournesolé poussent des bacilles à bouts carrés,

gram positif, quelques cocci, mais ni spirochètes, ni bacilles fusiformes.

Notons que ni par examen direct, ni dans aucune culture, nous n'avons pu déceler des bacilles ayant les caractères des germes du groupe EBERTH.

Le 20 janvier, on fait à un cobaye femelle des scarifications de la vulve sur lesquelles on applique des colonies de gélose VEILLON.

Le 22 janvier, il existe au niveau de l'inoculation, de l'œdème et un léger suintement dans lequel on note exclusivement la présence de quelques bacilles gram positif, de type CRASSUS. En quelques jours ces lésions régressent puis guérissent entièrement.

Evolution. — L'évolution de l'infection typhique fut sévère, marquée par un délire violent, avec relâchement des sphincters, une tachycardie à 160 avec assourdissement des bruits du cœur et hypotension à 9-7, des vomissements bilieux, une congestion des bases pulmonaires, une rechute (du 7 au 26 février). Deux injections sous-cutanées de 1/2 puis de 1/4 de centimètre cube de vaccin antityphique iodé avaient donné, le 15 et le 20 janvier, des réactions cutanées importantes (rougeur et tuméfaction).

Contrastant avec cette typhoïde grave, les ulcères vulvaires évoluèrent très simplement.

Le 18 janvier, le fond de l'ulcération, qui occupe la face interne de la petite lèvre gauche, prend une teinte noirâtre, sub-nécrotique. Rapidement cependant, la cicatrisation, se produit, à la suite de simple applications locales de bleu de méthylène. Le 25 janvier 1934, les ulcères sont pratiquement guéris, alors que l'infection éberthienne est encore en pleine période d'état.

Observation n° 3

— Observation publiée dans la thèse de MORDO (Paris 1939) relevée à l'Hôpital Bichat dans le service de M. BOLDIN.

Le 26 avril 1939, Mme M..., 43 ans, domestique, entre dans le service du Docteur BOLDIN pour une affection aiguë caractérisée par :

- température élevée aux environs de 40° ;
- diarrhée avec ballonnement abdominal ;
- Céphalée vive.

Le début de la maladie a été relativement brutal. Le 21 avril apparaissent des frissons répétés, une violente céphalée, une hyperthermie à 40°, des coliques et de la diarrhée (5 à 6 selles non fétides). Malgré ces symptômes, la malade continue son travail. Mais la persistance de la fièvre l'oblige à arrêter celui-ci le 24 avril et à se faire hospitaliser deux jours après.

L'interrogatoire permet de faire préciser à la malade qu'elle ressentait avant le 21 avril une grande asthénie depuis quelques jours déjà. A son entrée dans le service la malade présente :

- température à 39° 9 ;
- pouls à 100 ;
- céphalée.

Elle répond clairement aux questions qu'on lui pose, pas de typhos.

Examen de l'appareil digestif :

— Langue saburrale, abdomen ballonné, fosse iliaque droite gargouillante, quelques petites taches rosées lenticulaires disséminées sur le thorax et l'abdomen. Le foie n'est pas augmenté de volume, la rate, percutable sur trois travers de doigt, n'est pas perceptible à la palpation.

Les poumons, le cœur, les réflexes sont normaux. La tension artérielle mesure 12-8. L'examen de la gorge ne montre rien.

Mais au niveau des organes génitaux externes, sur la petite lèvre gauche, on découvre une ulcération de la taille d'une pièce de 50 centimes, nécrosée au centre, au pourtour déchiqueté, presque indolente, non indurée, apparue deux jours avant l'hospitalisation de la malade, c'est-à-dire 3 ou 4 jours après les premiers symptômes de l'affection. (A noter que la malade, ordinairement bien réglée, présente une avance des règles de 10 jours ; pourrait-on soulever l'hypothèse d'une épistaxis génitale ?)

Rien à signaler dans les antécédents qu'une ablation de goitre en juillet 1938 (avec une première intervention neuf ou dix ans auparavant) et une cataracte congénitale de l'œil droit avec iridectomie.

Une hémoculture pratiquée dès le 27 avril, au lendemain de l'entrée à l'hôpital, se montre positive et permet d'identifier le bacille d'EBERTH. Elle autorise à poser le diagnostic de fièvre typhoïde avec ulcération génitale, diagnostic vers lequel avaient déjà orienté l'anamnèse, la fièvre élevée, la dissociation du pouls et de la température, la diarrhée, les taches rosées. Cette fièvre typhoïde évolue très favorablement. Pas de tufos, pas de complications. La température reste en plateau aux environs de 39°. Notée toutes les 3 heures ainsi que le pouls qui varie entre 80 et 100, on peut s'apercevoir constamment de l'existence de la dissociation entre température et pouls.

Mais l'ulcération génitale ne reste pas isolée. Le 8 mai, apparaît sur le pilier antérieur droit du voile du palais une ulcération analogue à celle de la petite lèvre gauche ; elle est assez superficielle, grisâtre, nécrosée au centre, avec tendance peu extensive, à fond suintant. Au-dessus et en arrière de cette ulcération, sur le voile du palais lui-même, il existe une petite tache blanchâtre, non nécrosée, de la taille d'un petit pois.

Le lendemain, cette ulcération s'est étendue et nécrosée et a pris exactement le même aspect que les ulcérations du pilier et de la petite lèvre. Le stomatologiste examine cette ulcération : « Ulcération superficielle et étendue du voile, d'apparence banale, fusio-spirillaire. A suivre et à traiter momentanément par des attouchements au novar »

Le 19 mai, s'annonce une chute en lysis de la température ; vers le 24 mai, la malade devient complètement apyrétique. La convalescence se passe normalement. Pendant celle-ci, on peut signaler parfois un léger érétisme cardiaque avec quelques extrasystoles (la tension artérielle reste toujours aux environs de 12/8) et un petit incident : un abcès de la fesse gauche dû à une injection.

Mme M., après sa convalescence, sort de l'hôpital complètement guérie. Les ulcérations se sont cicatrisées. Chacune des trois ulcérations a mis 8 à 10 jours à guérir. Ainsi, la cicatrisation a eu lieu dans l'ordre suivant : ulcération de la petite lèvre, ulcération du pilier antérieur, ulcération du voile, c'est-à-dire dans l'ordre d'apparition de ces lésions.

Examen de laboratoire :

— Le 27 avril 1939.

Hémoculture positive au bacille d'EBERTH.

— Le 28 avril 1939.

Numération globulaire et formule leucocytaire.

Globules rouges	3.750.000
Globules blancs	6.900
Polynucléaires	42 %
Mononucléaires	8 %
Lymphocytes	47 %
Mastzellen	1 %
Formes de transition	2 %

— Le 1^{er} mai.

Recherche du sang dans les selles négative.

Séro-diagnostic négatif au bacille d'EBERTH, au para A,
au para B.

— Le 4 mai.

Bacille d'EBERTH identifié par hémoculture.

— Le 9 mai.

Séro-diagnostic positif au bacille d'EBERTH de 1/40 à
1/3.000.

— positif au para A de 1/10 à 1/200.

— négatif au para B.

— Le 16 juin.

Un examen pratiqué sur la bile, retirée par tubage duo-
dénal, montre la présence d'un germe : bacille para-
typhique B.

Observation n° 4

— Observation publiée par LIPSCHUTZ.

Une jeune fille de 17 ans, ne présentant aucun antécédent
pathologique, présenta, il y a huit jours, des frissons avec
fièvre élevée.

Le 1^{er} octobre 1908, elle se plaint de douleurs violentes au
niveau des grandes lèvres de la vulve. La température ne cesse
pas, mais apparition d'un deuxième frisson pendant la nuit.

Le dernier rapport date de 2 mois.

Description des lésions :

A la partie inférieure des petites lèvres on voit symétrique-
ment deux ulcérations arrondies, de la grandeur d'une pièce
de 1 franc, à bords irréguliers, rouge vif, taillés à pic. Le
fond plat est recouvert de fausses membranes.

En dedans de l'ulcération gauche, on en voit une autre len-
ticulaire à bords crénelés et au-dessus de celle-ci se trouve

une petite ulcération miliaire, grosse comme une tête d'épingle, semblable à une folliculite ou à un ulcus mou miliaire.

Près de l'orifice urétral une dernière ulcération, grosse comme une pièce de 0 fr. 50 à fond irrégulier et qui suppure. La température est à 39°.

Le 5 décembre, la température était, la veille au soir, à 40° 1 et nouveau frisson.

La matité de la rate a augmenté.

Le 7 décembre : la température reste toujours élevée. On traite les ulcérations par de l'iodoforme, les douleurs se calment.

Le 10 décembre : la température diminue un peu.

Le 12 décembre : les ulcus bourgeonnent et quelques-uns sont déjà guéris. On porte le diagnostic probable de fièvre typhoïde.

L'examen sérologique est en effet positif.

L'examen des sécrétions des ulcérations montre :

— leucocytes, polynucléaires et bacilles intra mais surtout extracellulaires. Gram positif, courts et trapus (ce sont ces bacilles que LIPSCHUTZ appellera plus tard le bacillus CRASSUS).

Observation n° 5

— Observation publiée par ASSNIN et SUTEJEV de Moscou.

Une étudiante en médecine de 20 ans tomba malade le 2 août 1928 en présentant une fièvre typhoïde. Le 16 août, elle présenta des douleurs à la miction, occasionnées par une enflure de la grande lèvre gauche.

Etat actuel : taille moyenne, bonne constitution. Embonpoint moyen. Température de 39° 9. Sur la face interne de la grande lèvre droite une très douloureuse ulcération de forme

irrégulière, d'un diamètre de 1 cm. 5 à 2 cm., à côté de cela, sur la face interne des petites lèvres et au niveau du clitoris, on aperçoit de nombreuses petites enflures molles, de la grosseur d'une tête d'épingle ; ces enflures sont très douloureuses et de formes différentes ; le bord de l'enflure est recouvert de petits corps gris blanchâtres. Pas d'adénopathies, l'hymen est intact. WASSERMANN négatif. Le 15 août, le séro-diagnostic de WIDAL à EBERTH se montre positif, le séro-diagnostic avec Para EBERTH, négatif ; pas de tréponème, pas de bacille de DUCREY, pas de gonocoque, mais de nombreux bacilles CRAS-SUS.

L'évolution de la typhoïde est grave mais sans complication.

L'ulcération est partie par badigeonnage avec $Mn O^4K^2$ à 1 % ; jusqu'au 2 septembre toutes les petites enflures se sont ulcérées pour constituer un ulcère d'une grandeur de 1 cm. à 2 cm. sur la lèvre droite. Cet ulcus présente une tendance à la cicatrisation. Peu de temps après l'ulcus commence à diminuer. Le 22 septembre, toutes les ulcérations se cicatrisent. Le 9 octobre, la malade a pu regagner son domicile.

Observation n° 6

Observation publiée aussi par ASSNIN et SUT-
JEW.

Une étudiante de 19 ans tomba malade le 6 septembre 1932, présentant une fièvre typhoïde. Le 14 septembre elle est admise dans une maison de santé ; elle se plaint de douleurs à la miction.

Etat actuel : à l'examen direct on trouve au niveau de la partie médiane de la grande lèvre droite un ulcus douloureux, de forme irrégulière, se propageant jusqu'à la commissure postérieure ; profondeur de l'ulcus de 1/5 de cm. Le fond paraît troué comme avec une aiguille. L'hymen est intact ; la tem-

pérature à 38° 9. La réaction de B.W. est négative. Dans les urines présence d'albumine en quantité infinitésimale, de cylindres granuleux et de nombreuses bactéries. Le séro-diagnostic de WIDAL avec EBERTH est positif, avec Paratyphiques : négatif. La leucocytose est à 11.200.

Dans l'ulcération, pas de gonocoque; pas de bacille de DUCREY, pas de tréponème, mais de nombreux bacillus CRASSUS. Culture de staphylocoques blancs.

Le 27 septembre, l'enflure de la grande lèvre droite commence à se cicatriser dans sa partie antérieure. Le fond est propre. L'ulcus atteint l'hymen au niveau duquel il est un peu plus profond. Sur la grande lèvre gauche, au niveau de son tiers inférieur, correspondant à l'ulcus de la lèvre opposée, apparition d'un autre ulcus plus grand qu'un grain de blé. Le fond est couvert d'un enduit fibrineux. Ulcus très douloureux ; pas de mauvaises odeurs.

Le 12 octobre, émission de matières fécales sanguinolentes.

A partir du 15 octobre, température normale.

Le 20 octobre, les ulcus bourgeonnent.

Le 6 novembre : guérison. Les ulcus ont été traités par des attouchements au permanganate de potassium à 1 %.

Observation n° 7

— Observation publiée encore par ASSNIN et SUTEJEW.

Une paysanne de 18 ans tomba malade le 19 août 1932 en présentant de la céphalée, asthénie, courbature, fièvre à 39° 9.

Elle est admise à l'hôpital le 23 août et commence à se plaindre d'une enflure au niveau des organes génitaux externes et de douleurs à l'épigastre.

Le 25 août, les grandes lèvres présentent sur les faces externes des vésicules qui vont s'ulcérer.

Etat actuel : anorexie, langue sèche et saburrale, selles quotidiennes, légère hépatomégalie, spléno-magalie manifeste, raie blanche. Douleur à la miction. L'hymen est intact. Sur la partie inférieure de la face externe de la grande lèvre droite, on constate une douloureuse ulcération de forme ovale, profonde de 5 millimètres. Le fond est en cupule et recouvert d'une croûte.

De même, sur la face externe de la grande lèvre gauche, se trouve une ulcération douloureuse de 1 cm. à 1 cm. 5 de diamètre et de 5 millimètres de profondeur. Le fond est recouvert d'une croûte.

Formule leucocytaire :

Eosinophiles	7	%
Lymphocyte	33,5	%
Monocytes	7	%
Neutrophiles	52	%

Le WASSERMANN est négatif.

Pas de plasmodium, pas de tréponème, pas de bacille de DUCREY, ni de gonocoque, mais présence de bacillus CRASSUS.

Les ulcères sont traités par des attouchements au permanganate de potassium à 2 0/00.

Le 13 septembre, les ulcères sont guéris, mais il persiste dans les sécrétions vaginales le bacillus CRASSUS.

La température, qui était au début de 39° 9 est tombée en lysis. Les selles ont été liquides pendant 1 à 2 jours.

Observation n° 8

— Observation publiée par M. PALICARO dans les *Archives italiennes dermatologiques, de syphilis et de vénérologie*, en juin 1937.

T. (Amélie), 16 ans, domestique, née et demeurant à Merano. Antécédents familiaux : parents vivants et en bonne santé. Quatre frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels : vierge non réglée. Rien à signaler d'autre si ce n'est une rougeole bénigne et un épisode fébrile survenu dans le courant de cette année, température à 40°, céphalée ayant duré tout au plus cinq jours. Mais il est à noter qu'après la guérison, notre jeune fille est toujours restée faible et malade.

Plus récemment, vers la moitié d'avril, la patiente présentait des élévations de température de jour en jour plus remarquables pour atteindre enfin 39° 7. Cet état fébrile s'accompagna de céphalée, de prostration, anorexie et de douleurs de la région préombilicale. Ces symptômes duraient depuis deux jours quand survinrent du prurit et de l'œdème des organes génitaux externes. Le 21 de ce mois d'avril, l'état étant immuable en dépit d'un traitement général et local, la malade fut hospitalisée.

Examen objectif (21 avril 1935) : température 38° 4, pouls 112, respiration 26. Notre patiente est plutôt d'allure chétive, un panicule adipeux rare, on note de petites adénopathies superficielles, nettement palpables, généralisées.

Quant à l'appareil respiratoire, il n'y a rien à signaler. Le cœur est normal à la palpation, les bruits sont aussi normaux.

L'appareil digestif : langue saburrale, amygdales rouges, abdomen légèrement météorisé et douloureux à la palpation. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le foie est normal, la rate légèrement augmentée de volume. Aucune tache rosée lenticulaire.

Examen de l'appareil génital externe :

A la surface interne des deux petites lèvres, on note sur chacune d'entre elles une ulcération, perte de substance d'un diamètre approximatif d'une pièce de 50 centimes, ronde, aux bords nets, au fond propre et non infiltré. Les deux ulcérations, que nous venons de décrire, sont douloureuses spontanément et au toucher. L'hymen, comme nous l'avons dit, est intact. Rien d'autre ne vaut d'être signalé pour les organes génitaux externes. L'adénopathie inguinale est palpable,

comme pour les autres ganglions, mais sans aucun caractère d'inflammation.

Examens de laboratoire :

— Urine :

- pas de sucre ;
- traces d'albumine ;
- la diazoréaction est positive.

— Sang :

- Réaction de B.W. est négative (— — —) ;
- Réaction de MENICKE négative ;
- Le séro-diagnostic de WIDAL est positif pour le bacille d'EBERTH de 1/20 à 1/300.
- Para A : négatif.
- Para B : négatif.

L'examen du pus prélevé sur le fond et les bords des ulcérations des organes génitaux externes donne des résultats négatifs quant à la recherche du tréponème pâle, du streptocoque, du bacille de DUCREY, du gonocoque, du bacille d'EBERTH, du bacille de LÖEFFLER.

Par contre l'examen décelle la présence du bacillus CRASSUS, et en très grande quantité.

On n'a pas pratiqué d'hémoculture ni de recherche de bacille d'EBERTH dans les selles.

Evolution : L'infection éberthienne s'est révélée assez bénigne si bien que la malade a été rétablie dans l'espace de trois semaines (véritable typhoïdette des auteurs français).

Les lésions des organes génitaux externes se sont guéries en dix jours, sans aucune complication.

Observation n° 9

— Observation publiée par ZANELLI, dans *Il policlino S. pratica* en septembre 1937.

La malade, C. P..., est une fillette de 16 ans, en bon état général, née à terme après accouchement normal, nourrie au sein, réglée à l'âge de 14 ans.

Les antécédents familiaux et personnels n'offrent rien à signaler de particulier, si ce n'est quelques maladies de l'enfance sans importance.

Elle est du type bréviligne et appartient au groupe sanguin n° 2.

Dans la première décade de septembre 1936, la jeune fille ressentit des malaises, de la céphalée, de l'irritation des voies aériennes supérieures, des douleurs musculaires diffuses, mais tous ces troubles ne l'obligèrent pas à s'aliter, ne l'amènèrent pas davantage à prendre sa température.

Les jours suivants, ces différents troubles s'accrochèrent. Il s'ensuivit une hyperthermie élevée, et tous les caractères d'une fièvre typhoïde. Cela nous conduisit à pratiquer une hémoculture le 28 septembre et ensuite un séro-diagnostic qui fut positif au 1/300.

La marche de la maladie se montra particulièrement grave dans le courant du deuxième septenaire : hyperthermie en plateau entre 39° et 40°, avec de rares rémissions matinales. Tiphos marqué. Pouls arythmique battant à 140-160. Anorexie marquée.

Tous ces phénomènes déjà importants furent dominés par une hémorragie intestinale qui mit la vie de la malade en péril.

Malgré le degré de gravité et la longue évolution de la maladie, notre jeune fille guérit au bout de deux mois.

Dans le troisième septenaire de la maladie, notre patiente

accusa des douleurs et des brûlures au niveau des organes génitaux externes...

On pratiqua un examen de ces organes et l'on fut surpris de constater deux ulcérations, l'une à droite, l'autre à gauche, sur la face interne de chacune des deux petites lèvres, et une troisième dans le vestibule au-dessus du meat urinaire.

Toutes les trois sont de forme arrondie avec des bords légèrement sinueux et relevés, avec un fond excavé recouvert d'un exsudat dans lequel on rencontre des **éléments nécrotiques** avec des hémorragies punctiformes.

Tout autour de ces ulcérations, les tissus sont tuméfiés. Légère adénopathie inguinale, douloureuse, avec une petite réaction cutanée.

D'après les antécédents, on pouvait rejeter toute idée de maladie vénérienne. L'aspect d'une telle ulcération nous rendait perplexe pour établir un diagnostic.

Nous recherchâmes la présence possible du tréponème pâle, du bacille de DUCREY : les résultats furent négatifs.

Les examens bactériologiques nous firent exclure l'idée d'une ulcération d'origine diphtérique.

En même temps nous pratiquâmes des cultures sur gélose ; notre attention fut attirée par la présence de quelques colonies blanches grisâtres, rondes, à bords réguliers, transparentes, irisées, qui nous révélèrent des bacilles mobiles.

Soupçonnant qu'il pouvait s'agir de bacille typhique, je fis avec ces germes et un sérum antityphique monovalent un séro-diagnostic. L'épreuve de l'agglutination me donna un résultat positif au 1/2.000.

Etant alors assuré du germe, il était logique de rechercher avec soin la possibilité d'un cas rare de localisation anormale d'ulcère typhique au niveau des organes génitaux externes chez une femme.

Cette question étant posée, il est relativement facile d'envisager la recherche d'une explication en se rappelant le travail

fait sur la fièvre typhoïde expérimentale et sur sa pathogénie, par SANARELLI.

En effet, il faut bien savoir que le bacille typhique avec l'aide de sa toxine a la propriété d'agir sur les muqueuses et plus spécialement sur la muqueuse intestinale.

Et sans doute que, pour notre cas, la toxine typhique a agi probablement sur la muqueuse du vésicule et sur celle de la face interne des petites lèvres (muqueuse qui se rapproche histologiquement de celle de l'intestin), y étant amenée par la circulation générale... la présence de la toxine à cet endroit pouvant déterminer des manifestations identiques à celles que l'on observe sur la muqueuse intestinale au cours d'une fièvre typhoïde.

Naturellement, la présence du bacille typhique dans ces ulcérations au cours de la maladie est due à la bacillémie qui persiste durant tout le cours de la maladie.

Connaissant toutes ces données, il est facile de comprendre que le germe typhique peut se localiser sur les organes déjà « impressionnés » et lésés par la toxine typhique. Tous ces faits expliquent le processus ulcératif qui en découle.

Il est toutefois possible de penser que le bacille typhique pourrait se localiser accidentellement sur les organes génitaux externes de notre malade par le contact de selles bacillifères. Mais une telle hypothèse, qui va à l'encontre de la propriété biologique du bacille typhique et de la pathogénie de la fièvre typhoïde, paraît peu probable.

L'évolution de nos ulcérations fut si longue que, la guérison clinique de la fièvre typhoïde étant déjà constatée, la réparation locale n'était pas encore complète. Ni une protection hygiénique locale, ni l'application d'antiseptique, ni celui d'antivirus typhique préposé selon la méthode de BESREDKA n'amènera de résultat efficace pour l'accélération de la guérison qui se manifesta seulement dans les premiers jours de décembre.

L'élimination du bacille typhique par les selles et par les

urines continua pourtant. Le dernier examen qui fut réellement négatif eut lieu vers la fin de février ou mars.

L'arrêt de l'élimination du bacille dans les selles et les urines fut sans aucun doute en rapport avec l'intense vaccinothérapie spécifique à laquelle la malade fut soumise.

Observation n° 10

— Observation publiée par Ch. BERLIN, dans *Archives of dermat und Syphilis* en janvier 1939.

Z. B., une juive, âgée de 12 ans, se plaignait de douleurs génitales depuis la veille de son hospitalisation. Elle était déjà malade depuis une semaine, avec une hyperthermie intense. J'ai trouvé la petite lèvre gauche rouge et tout enflée, en son milieu un ulcère ovale de 15 millimètres sur 9 millimètres. Cet ulcère s'élevait de quelques millimètres au-dessus de la surface cutanée. Son fond était recouvert d'un enduit purulent, nécrosé par endroit. Un peu plus bas, à côté de la fossette naviculaire se trouvait une papule hémorragique, d'un rouge bleuâtre, de la dimension d'une lentille environ. Une même papule, mais plus grande, se trouvait sur la face interne de la petite lèvre droite opposée à l'ulcère. Ces ulcérations étaient douloureuses, plus particulièrement au toucher. Une sécrétion purulente du vagin baignait la vulve tout entière. L'hymen était intact. Pas d'adénopathie inguinale. L'apparence générale de l'ulcère était du type gangréneux. Un prélèvement de pus fait par le Docteur RENA JUNOWITZ montra la présence de bacillus CRASSUS en très grande quantité.

La température élevée qui persistait depuis six jours avant que l'ulcère n'ait apparu, avait fait soupçonner une fièvre typhoïde si bien que notre jeune malade fut hospitalisée le lendemain (1^{er} février 1938) dans le service du Professeur L.-F. MEYER.

L'examen lors de son admission montra que la fillette était

bien constituée ; elle n'était pas encore réglée. La bouche, la gorge, les poumons et le cœur étaient normaux. Une légère adénopathie cervicale. Parois abdominales flasques. Aucune tache rosée lenticulaire. La température est de 38°, le pouls rapide bien frappé. En d'autres termes, il n'y avait pas de signes cliniques de typhoïde. L'aspect des organes génitaux avait considérablement changé depuis la veille. La rougeur et le gonflement de la vulve avaient complètement disparu. La petite papule ne se distinguait plus, car elle s'était rattachée au grand ulcère situé plus au-dessus : formant ainsi une seule ulcération de 22 millimètres de diamètre. Cet ulcère avait les bords taillés à pic, infiltrés par endroit, et son fond tacheté de points nécrotiques, laissait sourdre un pus taché de sang. La papule, de l'autre côté (côté droit), était aussi ulcérée, si bien qu'on était en présence de deux ulcères typiques, l'un en face de l'autre. On ne trouva ni bacille diphtérique, ni gonocoque. Mais, par contre, on constata la présence du bacillus CRASSUS dans tous les prélèvements.

Une numération globulaire donna :

Globule rouges	3.850.000
Leucocytes	7.200
Hémoglobine à 65 %.	

Le lendemain, un état de tymphos marqué apparut et la température s'éleva à 41°. Les ulcères étaient douloureux, causant une grave dysurie, empêchant tout sommeil. Le traitement local consista en irrigations avec une solution de permanganate de potasse et en poudrages avec une poudre à base de bismuth et de bromures et, quand cela fut nécessaire, on appliqua une pommade au 1/10 d'éthylaminobenzoate.

Le séro-diagnostic de WIDAL fut positif au 1/100 et le bacille d'EBERTH fut révélé par l'hémoculture. Quatre jours plus tard apparut, dans la bouche, sur la face interne de la lèvre inférieure, un aphte de la grosseur d'un pois, sans aucun halo d'érythème. Tout à côté de cette première lésion : deux érosions de la grosseur d'une tête d'épingle.

On pratiqua un prélèvement à la surface de ces lésions buccales qui révéla la présence de bacillus CRASSUS.

Les ulcères se cicatrisèrent progressivement, mais on y trouva, par prélèvement, du bacillus CRASSUS pendant deux semaines.

La malade quitta l'hôpital quatre semaines plus tard. Un examen terminal, un mois après, montra de petites cicatrices à l'ancienne place des ulcères.

A toutes ces observations, nous devons en ajouter 3 autres :

— Celle de SCHERBER, qui n'a pas été publiée, mais qu'il a signalée dans le mémoire qu'il fit en 1919, il s'agissait « d'une jeune fille de 16 ans, atteinte d'un iléo-typhus et en même temps d'un ulcère aigu de la vulve avec présence de Bacillus Crassus ».

— Deux observations de ROSENTHAL, publiées dans *Archives Dermatologic und Syphilis* 1930. Au cours de 2 paratyphoïdes B, chez deux vierges, on constate un ulcère aigu de la vulve, dont un à type gangreneux et on retrouve dans un cas le Bacillus Crassus dans les selles.

ETUDE CLINIQUE

GÉNÉRALITÉS

L'ulcère aigu de la vulve rencontré au cours d'une fièvre typhoïde n'offre pas localement de distinction avec « l'ulcus vulvæ acutum » tel que l'a décrit LIPSCHUTZ et par la suite de nombreux auteurs en dehors de toute dothiénenterie. Les caractères physiques et fonctionnels sont les mêmes, seule l'affection typhoïdique entraîne un changement dans le tableau de l'état général. En effet dans l'ulcère simple de la vulve les symptômes généraux ne donnent que rarement « l'impression d'une grande maladie infectieuse », la température ne dépassant que peu souvent 38° et cela seulement pendant 2 ou 3 jours.

Nous pouvons donc pour notre description clinique consulter aussi bien les observations relevées dans le chapitre précédent que celles se rapportant à des ulcérations génitales en dehors de toute fièvre typhoïde.

En général l'affection touche de jeunes sujets. Sur toutes nos observations une seule fois nous avons affaire à une femme de 43 ans, il s'agit toujours autrement de jeunes filles (ZANELLI rapporte même dans son observation le cas d'une fillette impubère de 12 ans) en général de 16 à 21 ans et vierges dans la majorité des cas (puisqu'il n'y a qu'une seule exception).

L'affection semble se rencontrer dans toutes les

classes de la société : paysanne, étudiante, domestique, etc...

Y a-t-il une prédisposition ? Nous n'avons jamais naturellement à part la fièvre typhoïde rencontré un état spécial, de débilité par exemple, ou autre maladie antérieure qui semble prédisposer à notre affection.

Quoique l'on ait parlé de récidence ou de rechutes lors de l'ulcus vulvæ acutum nous ne pouvons pas relever de cas semblables pendant la convalescence ou les mois qui suivent la fièvre typhoïde.

Aucun rapport — semble-t-il — entre l'apparition des ulcérations vulvaires et l'évolution du cycle génital. Les menstruations sont tout à fait indépendantes.

Nous ne terminerons pas cette courte vue d'ensemble sans signaler — sans essayer à ce chapitre d'en donner l'explication — la coïncidence assez fréquente d'aphtes buccaux avec nos ulcérations génitales. Dans toutes les observations envisagées précédemment trois fois nous pouvons trouver l'apparition, à un moment donné de l'évolution de l'ulcération vulvaire, d'un aphte ou d'une ulcération buccale.

SIGNES PHYSIQUES

Le début, souvent insidieux, toujours plus ou moins lent, rarement brutal, se révèle soit par une papule qui 12 ou 24 heures après s'ulcérera, soit par des vésicules (très voisines des vésicules de l'herpès) qui éclateront. On signale le cas d'un début par un simple œdème local généralement bien limité ou encore par un érythème simple qui peut être pris pour un érythème polymorphe. Naturellement tous ces premiers signes physiques sont en général découverts parce que

la malade se plaindra d'un prurit vulvaire aigu, d'une brûlure à la miction, de dysurie, etc...

La forme sous laquelle se présente la lésion est celle d'un ulcère arrondi ou ovale. Si elle se présente sous un autre aspect c'est que plusieurs ulcères ronds auront conflué pour n'en former plus qu'un grand mais de forme tout à fait indéterminée.

La dimension est variable. Le plus souvent à la période d'état l'ulcère ne dépasse pas un diamètre de 2 centimètres et n'est pas inférieur à celui de 5 millimètres. Mais il est fréquent au début de voir de véritables abcès miliaires de la grosseur d'une tête d'épingle, identique à un élément de folliculite, élément dont le diamètre n'est pas supérieur à 1 millimètre.

Les bords sont dans la majorité des observations nets, taillés à pic, quelquefois déchiquetés ou polycycliques. Entre ces bords et la surface de la peau saine on constate toujours un liseré hyperémié, rouge vif.

Le fond se présente sous divers aspects. L'ulcère peut être, en effet, en surface, au même niveau que le plan muqueux ou cutané ; mais aussi il peut avoir creusé et se trouver enfoncé, en forme de cupule, comme dans l'ulcère de la deuxième observation d'ASSNIN et SUTEJEW. En général une croûte blanche, grisâtre recouvre toute la surface de l'ulcération, tout en n'empêchant pas une sérosité mêlée de sang et de pus de sourdre. Une fausse membrane blanche peut remplacer cette croûte. Dans la majorité des cas, apparaissent, sur ce fond décrit, des points nécrotiques plus ou moins étendus.

La base, à la palpation, ne présente pas d'infiltration, aucune induration n'est décelable.

Le nombre des ulcérations est variable L'ulcère est

rarement solitaire. On en trouve le plus souvent deux ou trois, mais parfois aussi 7 ou 8.

Le siège : le lieu de prédilection est la petite lèvre et plus particulièrement sa face interne. Mais on peut trouver des ulcérations en n'importe quel point de la surface muqueuse : clitoris, fossette naviculaire, fourchette, etc... On en rencontre aussi sur la peau ; grandes lèvres le plus souvent, mais il a été signalé des cas (rares d'ailleurs) où les ulcères apparaissent loin de ces points de prédilection : par exemple : périné, anus, replis génito-cruraux, sillon interfessier et même région interne des cuisses.

Les adénopathies sont aussi très variables. Jamais l'adénopathie inguinale n'est très grosse, ni très importante. On trouve quelquefois quelques petits ganglions dans l'aîne, durs, roulant sous le doigt, jamais douloureux. Mais le plus souvent on ne constate aucune adénopathie, c'est là d'ailleurs le cas de notre observation. On a rapporté un seul cas (Gross) de glande lymphatique tuméfiée, pâteuse mais qui, malgré tout, ne se fistulisa pas.

SIGNES FONCTIONNELS

Au début des ulcérations génitales, ce sont ces signes, qui, au cours de la fièvre typhoïde, nous feront rechercher une lésion quelconque du côté des organes génitaux. En effet, la malade se plaint de prurit, de brûlures, symptômes d'ailleurs d'intensité très variable. Il est fréquent d'apprendre aussi qu'il existe un degré marqué de dysurie, de douleur à la miction.

A la période d'état au moment où l'ulcère est bien formé les signes fonctionnels sont variables. Tout est silencieux et la malade ne ressent aucun trouble du

côté de ses organes génitaux, ou, au contraire, la vulve est le siège de douleurs aiguës. Mais même dans le cas où la malade ne se plaint pas, il y a toujours un degré marqué de douleur provoquée au toucher.

SIGNES GÉNÉRAUX

Alors que dans « l'ulcus vulvæ acutum » de LIPSCHUTZ on peut noter des signes généraux indubitablement dûs à l'ulcère vulvaire, lorsque cette complication s'observe au cours d'une fièvre typhoïde il est difficile de trouver des symptômes cliniques généraux dus spécifiquement à l'ulcère. La malade est une typhique qui, cliniquement a tous les symptômes de la fièvre typhoïde, mais aucun signe particulier. Constatation qui nous montre qu'il est impossible au cours d'une fièvre typhoïde d'être particulièrement attiré sur un ulcère vulvaire, sans signes fonctionnels locaux.

ÉVOLUTION

Nous avons vu comment débutent les ulcérations génitales en étudiant les différents signes physiques et fonctionnels. Ce début relativement lent, peut parfois être très brutal (1 ou 2 jours pour la constitution de tout un gros ulcère) c'est le cas en général de l'ulcère du type gangreneux.

Arrivé à la période d'état, l'ulcère, malgré tout traitement, reste stagnant pendant 3 ou 4 jours. A ce moment-là le pus disparaîtra et l'évolution se fera vers la cicatrisation. Naturellement divers facteurs interviennent dans la rapidité de cette évolution vers la guérison : le nombre des ulcères, leurs dimensions et surtout leur profondeur.

Quand la croûte est tombée, que ni pus ni sérosité ne sont plus secrétés on trouve bientôt une petite cicatrice blanche, non douloureuse, bien vite constituée.

LES FORMES CLINIQUES

Il est classique de distinguer trois formes cliniques depuis que LIPSCHUTZ individualisa l'ulcus vulvæ acutum. Ces formes ont surtout été décrites en dehors de toute fièvre typhoïde, mais en analysant les différentes observations que nous avons rapportées nous pouvons les retrouver aussi quand l'ulcère vulvaire apparaît au cours d'une fièvre typhoïde.

Voici les trois formes cliniques :

Ulçère chancriforme : C'est la forme la plus souvent rencontrée, nous la retrouvons dans presque toutes nos observations, c'est celle qui a été surtout décrite dans notre étude clinique. Le début y est toujours insidieux. Les signes subjectifs sont rares, jamais de signes généraux. La localisation a lieu toujours sur la vulve et plus particulièrement sur les lèvres. De dimensions allant de 2 centimètres à 5 millimètres, de forme arrondie. Les bords sont toujours nets, taillés à pic avec un liseré rouge vif. La base est molle. Le fond grisâtre est souvent recouvert d'une petite croûte. Peu de pus. Peu ou pas de nécrose. L'évolution est en général courte, de 3 à 4 jours, et la guérison se fait normalement en laissant une petite cicatrice blanchâtre. Dans cette forme, nous pouvons avoir plusieurs ulcères disséminés sur la muqueuse vulvaire ayant apparu en général en même temps.

Forme gangreneuse : elle est rare. Apparition toujours très brusque par des phénomènes de cuisson,

de brûlures vives (auxquels s'ajoutent des signes d'agitation et une grosse température si nous n'avons pas affaire à un ulcère au cours d'une fièvre typhoïde). Ordinairement 48 heures suffisent pour constituer une ulcération de grandes dimensions, profonde avec une grosse perte de substance recouverte d'une escarre jaune grisâtre. Les parties avoisinantes sont le plus souvent tuméfiées, œdématisées, la vulve est rouge, parfois baignée par une sécrétion purulente (observation de Ch. BERLIN). L'évolution vers la guérison est plutôt longue, subaiguë. Mais dès que l'escarre tombe il semble que la réparation se fasse plus rapidement.

Forme miliaire : C'est la forme la plus rare. Elle n'est jamais constatée isolée, mais accompagnant une des deux autres formes et plus particulièrement la forme vénérienne. L'apparition est brusque, signalée par du prurit ou des brûlures. L'ulcère est constitué par un petit abcès miliaire de la grosseur d'une tête d'épingle. On en découvre en général 7 à 8 disséminés sur la muqueuse génitale ou sur la surface avoisinante. Tout autour de ces petits éléments la peau ou la muqueuse est erythémateuse et même œdématisée.

DIAGNOSTIC

Quand apparaît un ulcère vulvaire au cours d'une fièvre typhoïde ou même en dehors de toute dothiénenterie, il est compréhensible — surtout si l'on a affaire à un ulcère du type vénérien — que l'on ne puisse pas aussitôt penser à l'ulcus vulvæ acutum et que l'esprit soit plutôt attiré vers d'autre diagnostic.

Nous allons passer en revue les différentes affections qui peuvent être simulées par une ulcération génitale du type « ulcus vulvæ acutum ».

a) *le chancre syphilitique*, c'est à lui que l'on pense le plus souvent et qu'il faut éliminer. Ici la lésion est ulcérée, le fond est de couleur jambonnée, la base est indurée, il n'y a pas de signes fonctionnels et surtout il y a un adéniopathie typique, bien connue avec la pléiade ganglionnaire de RICORD formée par un groupe plus ou moins nombreux de ganglions durs, mobiles, indolores et parmi lesquels on trouve un ganglion plus volumineux. On pourra naturellement étudier le prélèvement et déceler la présence de tréponèmes pâles.

b) *le chancre mou* est en général reconnu à ses bords épais, sur fond sale, son adéniopathie caractéristique, du type inflammatoire, ganglions douloureux fixés par de la périadénite. De plus, la présence de bacilles de DUCREY, révélée par un prélèvement, est toujours facile à mettre en évidence.

c) *les ulcérations blennorragiques* : elles sont très rares. Le fond est rouge et granuleux. Et surtout nous aurons la notion d'une blennorragie concomitante (vulvite aiguë par exemple).

d) *les ulcérations tuberculeuses* : Ici nous aurons plutôt une grosse perte de substance, avec caséification au centre, qu'un ulcère typique.

e) *les ulcérations de la diphtérie cutanée* : Ulcérations suintantes, laissant sourdre une sérosité louche et fétide. La région atteinte est toujours œdématisée, enflammée, on note en général une infiltration dure des lèvres. La surface de la muqueuse, rouge violacée est très douloureuse, ulcérée par place. On note souvent la présence de fausses membranes. Il existe aussi une adéniopathie du type inflammatoire, ganglions douloureux. On peut aussi mettre en évidence la présence de bacilles de LÖEFFLER par des prélèvements successifs.

f) *La gangrène au cours de la fièvre typhoïde.* Nous avons ici un très gros œdème local, une inflammation assez étendue. On trouve sur les ulcérations des plaques de gangrène, noires, violettes, parfois blanchâtres et accompagnées de leur odeur si caractéristique. A cela s'ajoutent des signes généraux très graves, une température très élevée. On peut, enfin, par prélèvement, découvrir une association fuso-spirillaire ou encore des germes anaérobies : tel le vibrion septique, etc., etc.

g) *L'herpès vulvaire*, caractérisé par des vésicules opaques qui finissent par crever en confluant. Cette lésion peut alors donner un ulcère polycyclique. On trouve en général une légère adénopathie sans caractère particulier.

EXAMENS DE LABORATOIRE

I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans un article de M. P. CHEVALIER, nous trouvons une description des lésions anatomiques des ulcérations génitales qui nous intéressent.

Cet auteur a trouvé quatre couches superposées et en allant de la superficie vers la profondeur il signale :

a) une couche nécrosée, superficielle, où il est très facile de mettre en évidence des paquets de *Bacillus CRASSUS* et aussi des amas, mais de moindre importance, de staphylocoques ;

b) une couche intermédiaire ;

c) une couche d'inflammation aiguë ;

d) une base, enfin, à inflammation diffuse, dans laquelle on note la présence de foyers plus petits d'infiltration périvasculaire, dont l'importance diminue en allant du centre vers la périphérie.

A la périphérie de l'ulcère, l'épiderme est aminci, peu infiltré, mais le derme est œdématié.

Les couches papillaires sont bourrées de leucocytes et infiltrées d'œdème. Les faisceaux conjonctifs sont dilacérés et d'autant plus dégénérés que l'on se rapproche du centre nécrotique. Les petits vaisseaux sont dilatés avec un endothélium hypertrophié.

Mais la lésion caractéristique est l'inflammation périvasculaire portant sur les capillaires, les péricapillaires et les petits vaisseaux veineux. Les vaisseaux sont dilatés, leur lumière est bourrée de leucocytes, leurs parois sont œdématisées. Au centre même de la lésion, la paroi vasculaire a disparu. Cette infiltration diminue de la superficie à la profondeur.

II

BACTÉRIOLOGIE

Nous envisageons la bactériologie de l'ulcère aigu de la vulve aussi bien isolé, que lorsqu'il est rencontré au cours d'une fièvre typhoïde.

Que mettent en évidence les différents prélèvements que l'on peut accomplir lors de l'évolution de l'ulcère vulvaire ?

En général, on trouve toujours des germes banaux, des amas de staphylocoques, certains auteurs (LENARTOWICZ, 1916, FROMMER, 1925) ont trouvé en plus des bacilles diphtériques, d'autres des gonocoques, ou encore une association fuso-spirillaire, etc... Mais ces découvertes sont trop inconstantes pour voir là une relation spéciale entre ces germes et l'ulcère.

M. ZANELLI, dans son observation, dit avoir démontré la présence de bacilles d'EBERTH dans l'ulcère et se pose la question de savoir s'il n'a pas affaire à une ulcération typhique localisée sur la muqueuse génitale ! C'est la seule observation, dans le cas d'ulcère aigu de la vulve au cours de fièvre typhoïde, qui relate la présence de bacille typhique.

Il n'a jamais été rencontré de bacilles paratyphiques A ou de parathyphiques B.

Il y a un germe que l'on rencontre habituellement, c'est le *Bacillus CRASSUS*, au point que LIPSCHUTZ en a fait l'agent pathogène de l' « *ulcus vulvæ acutum* ».

Ces bacilles sont des bâtonnets rectilignes, rectangulaires aux extrémités, isolés ou en chaînettes (plutôt rare), toujours extra-cellulaires. De 1,5 microns à 5 microns de long sur 0,5 microns de large. Toujours immobiles. Colorés uniformément. Gram positif. On a vu parfois des formes plus fines et même incurvées.

Quand on ensemence un prélèvement sur de la gélose ascite, on trouve à côté des colonies grasses de staphylocoques des colonies fines, transparentes, ce sont des colonies de *Bacillus CRASSUS* que l'on peut obtenir très pur en réensemencant sur gélose-ascite : ce sont les travaux de SCHERBER, en 1918.

LIPSCHUTZ préféra comme milieu de culture le nutrose agar, additionné de 5 % de glycérine.

Ce germe est un anaérobie facultatif.

Les derniers milieux de culture qui ont été signalés furent des milieux à la dextrose-gélose ;

- à la gélose-glycérine ;
 - au sérum sanguin ;
 - au sérum de LÖFFLER.
-

RAPPORTS DE L'ULCERE AIGU DE LA VULVE AVEC LA FIEVRE TYPHOIDE

En lisant les observations du début, nous pouvons remarquer que toutes les malades ont eu une fièvre typhoïde qui ne semble pas avoir été modifiée par la présence de l'ulcère de la vulve.

Chaque fois, les signes physiques, fonctionnels, généraux de la dothiënenterie ont été — de même que les complications, lorsqu'il s'en est présentées — normaux n'offrant aucune particularité. L'évolution même de la maladie n'a pas été modifiée. VIDAL, dans sa thèse, dit que l'affection éberthienne est plus grave, il ne nous semble pas, et notre malade (cas de notre observation) a fait même une simple typhoïdette.

L'ulcère de la vulve, lui, a présenté les mêmes caractères décrits en dehors de toute fièvre typhoïde. Nous avons rencontré les différentes formes cliniques. Naturellement, la forme pseudo-vénérienne est la plus fréquente (presque dans toutes les observations) ; la forme gangréneuse est rencontrée une fois dans une observation de ROSENTHAL (que nous n'avons pas pu publier dans notre thèse) ; la forme miliaire, dans l'observation de LIPSCHUTZ, comme à l'habitude, existe, associée à une forme pseudo-vénérienne.

L'évolution de cet ulcère n'offre aucune particularité. Les formes pseudo-vénériennes évoluent en une

quinzaine de jours, les formes miliaires en quelques jours, et les formes gangréneuses en 5 ou 6 jours.

A quel moment de l'évolution de l'affection éberthienne apparaît l'ulcère aigu de la vulve ?

A première vue, il pourrait sembler que les deux affections débutent en même temps, et même, parfois, que l'ulcération génitale est le premier trouble par lequel l'attention de la malade est attirée.

Il n'en est rien. A l'interrogatoire, on se rend bien compte qu'avant les premiers troubles génitaux, étaient déjà présents des signes généraux : céphalée, malaises, et surtout hyperthermie : premiers symptômes de la fièvre typhoïde.

Il semble même que l'on ne constate jamais un ulcère vulvaire avant que la température ne soit déjà en plateau entre 39° et 40°, c'est-à-dire, en général, avant la fin du premier septenaire.

Par contre, si l'ulcère n'apparaît jamais avant ce délai, il peut arriver qu'il débute bien plus tard, dans le courant du troisième septenaire par exemple.

PATHOGENIE

Nous avons vu que l'ulcération génitale aiguë au cours de la fièvre typhoïde était un ulcère aigu de la vulve, type LIPSCHUTZ, coexistant avec une dothiénentérie ; cet ulcère ayant en effet tous les caractères de l'« *ulcus vulvæ acutum* ».

Pour la pathogénie, il en sera de même que pour les études clinique et de laboratoire, nous envisageons la pathogénie de l'ulcère aigu en général, d'ailleurs sans passer sous silence son association avec la fièvre typhoïde.

Nous savons que LIPSCHUTZ créa le terme de « *ulcus vulvæ acutum* » en pensant étudier l'ulcération aiguë de la vulve pour la première fois. Il ne s'attacha pas seulement à en faire une entité clinique, il émit en plus une hypothèse sur la pathogénie de cet ulcère. C'est cette théorie qui prévalut jusqu'à ces dernières années, et c'est elle qui est encore la plus connue actuellement.

Voici cette théorie :

Ayant trouvé dans une majorité de cas d'ulcères aigus de la vulve du *Bacillus CRASSUS* par prélèvement de la sérosité ou du pus à la surface de la lésion, LIPSCHUTZ attacha à la présence de ce germe un rôle primordial : en effet ayant étudié ce bacille, ayant réussi à le cultiver, il dit alors que c'était là le germe

pathogène de son « *ulcus vulvæ acutum* », que le *Bacillus CRASSUS*, qui normalement est un saprophyte des voies génitales de la femme, peut devenir virulent dans certaines conditions et être cause alors de la lésion étudiée. De nombreux auteurs à la suite de LIPSCHUTZ défendirent cette théorie. Ils réussirent par scarifications de la vulve d'un cobaye, à inoculer des *bacillus CRASSUS* et obtenir localement un œdème, léger d'ailleurs, avec une petite érosion suintante, recouverte de *Bacillus CRASSUS*.

Les conditions par lesquelles le *Bacillus CRASSUS* devenait virulent, étaient inconnues. LIPSCHUTZ invoquait simplement une baisse de l'état général de la malade, une infection, etc...

Cette théorie fut admise pendant longtemps. Il fallut attendre 1925 pour voir les premiers doutes s'amorcer. En effet, cette année-là, PILS dit pour la première fois que la lésion, décrite et étudiée par LIPSCHUTZ, avait déjà été observée bien avant lui et qu'elle était connue non seulement au point de vue clinique. (PARROT) mais encore au point de vue pathogénique (NEUMANN). PILS fut suivi dans cette voie par SAMEK et FISCHER, en 1929 ; MATRAS, en 1932 ; MANGANOTTI, en 1936 ; POPOFF, en 1938, et TOURAINE, en 1941, a mis la question à jour dans deux intéressants articles.

Voici, alors, les principales critiques que l'on peut adresser à l'étude clinique de LIPSCHUTZ de même qu'à son hypothèse pathogénique.

Critique clinique :

1. — Quant à la morphologie même des lésions. Quoique la description de LIPSCHUTZ soit très exacte, que ses trois formes cliniques soient nettes et peuvent être encore conservées actuellement, il faut bien savoir que PARROT, en 1881, connaissait déjà ces ulcérations

aiguës de la vulve, voici ce qu'il en disait : « Au début l'affection consiste en de petites plaques arrondies ou pour mieux dire, demi-sphéroïdales, blanchâtres ou d'un blanc gris, de diamètre variant de 1 à 4 mm. Autour d'elles, le tégument est en général peu modifié... Chez quelques sujets la cuticule ayant disparu, les vésicules reposent sur une surface d'un rouge vif et un peu suintante... Les ulcus sont arrondis, cupuliformes, à fond grisâtre et un peu jaune, entourés d'une zone rouge, souvent accompagnés d'un prurit qui se montre parmi les premiers symptômes et qui prend parfois des proportions considérables. »

2. — Quant au siège même des lésions : on trouve encore dans l'étude de PARROT une description précise : « Le mal a un siège constant qui est la vulve. Mais il n'y reste pas nécessairement limité et assez souvent on le voit s'étendre aux régions voisines, c'est-à-dire au périnée, au pourtour de l'anus, aux sillons génito-cruraux et aux aines. »

Critique bactériologique :

— Si LIPSCHUTZ a souvent trouvé du *Bacillus CRASSUS* dans les lésions vulvaires, il n'a pas trouvé ce germe dans tous les ulcères, bien au contraire. D'autres auteurs, comme TOURAINE, n'ont trouvé du *Bacillus CRASSUS* que dans 62 % des cas observés. Donc, la présence du germe, soi-disant pathogène, est loin d'être constante. Quant à nous, sur nos 11 observations relevées, il y a eu 3 cas où les prélèvements ont été négatifs.

— Nous savons, de plus, que le *Bacillus CRASSUS* est un hôte presque normal du vagin sain. On le rencontrerait, semble-t-il, dans 80 % des cas. Pourquoi donc ce saphrophyte ne devient-il pas plus souvent pathogène ? Pourquoi ne devient-il virulent qu'aussi rare-

ment ? Les érosions des organes génitaux externes de la femme sont fréquentes, pourquoi n'y a-t-il pas de plus fréquentes auto-inoculations ? L'inoculation du *Bacillus CRASSUS* à l'animal s'est montrée difficile: sur 21 inoculations, deux fois seulement il y a eu des résultats positifs. Et enfin pourquoi ce germe, par moment virulent, n'aurait-il jamais été transmis à l'homme ?

Ce sont là toutes les critiques adressées aux bases bactériologiques de l'hypothèse pathogénique de LIPSCHUTZ.

Si donc l'hypothèse de LIPSCHUTZ est rejetée, quelle théorie nouvelle devons-nous admettre actuellement ?

Dans de nombreux cas d'ulcères aigus de la vulve, type LIPSCHUTZ, on avait été frappé de la coexistence, à côté des lésions vulvaires, d'autres accidents : buccaux, cutanés, etc..., et par exemple M. TOURAINE a relevé sur 274 cas d'ulcères aigus de la vulve :

- 131 cas où il n'y eut que des lésions génitales ;
- 104 cas où les lésions vulvaires étaient associées à des lésions buccales ;
- 79 cas où, en plus des lésions vulvaires, il y avait des lésions d'autres organes (par exemple. érythème polymorphe, purpura, arthralgie, iritis, conjonctivite, hypopion, etc...).

On pensa, par suite, que la lésion vulvaire n'était pas un accident local, ne dépassant pas le cadre des organes génitaux de la femme mais, au contraire, l'extériorisation d'une maladie générale. Maladie générale qui, pour la première fois, avait été conçue par NEUMANN et appelée Aphtosis.

Cette hypothèse pathogénique, longtemps abandonnée à la suite des travaux de LIPSCHUTZ, ne fut reprise qu'en 1925 par PILS : « l'aphtosis correspond à une

infection qui frappe surtout la bouche, moins souvent les organes génitaux et enfin rarement la peau ».

Très récemment, M. TOURAINE reprend cette hypothèse, et crée le terme d'Aptose : « l'aphtose est donc une maladie infectieuse générale qui réalise un état de septicémie dont les manifestations intermittentes peuvent être générales ou localisées à la peau et surtout aux muqueuses. Ces diverses manifestations se combinent souvent en formes cliniques qui ont été isolées et décrites comme affection ou syndrome autonome. L'une de ces affections a été érigée en entité spécifique par LIPSCHUTZ sous le nom d'ulcère aigu de la vulve. En réalité, celui-ci n'est qu'un des éléments de l'aphtose et son autonomie n'est pas justifiée, ni sa morphologie polymorphe ni sa bactériologie n'autorisent son individualisation. Le terme d'ulcère aigu de la vulve doit disparaître, les manifestations qu'il veut désigner rentrent dans le cadre de l'aphtose dont elles ne sont qu'une forme clinique de la localisation. »

— Si cette théorie est très claire, il reste cependant à trouver l'agent pathogène de la maladie générale, de l'aphtose. Est-ce un micro-organisme connu ? Est-ce un virus inconnu ? Il est impossible à l'heure actuelle de le savoir.

De même, la voie de pénétration dans l'organisme de cet agent pathogène est encore indéterminée.

Ce que l'on sait, c'est que le moment où l'organisme se montre réceptif par rapport au germe pathogène de l'aphtose coïncide — dans la majorité des cas — avec une atteinte de l'état général, avec un état anergisant dû à une infection et l'on cite principalement : la tuberculose, les angines, la syphilis, la rougeole, la grossesse, une infection dentaire, un choc nerveux et enfin et surtout les affections typhiques et paratyphiques.

Il semble donc que toutes les observations que nous avons relevées dans notre étude soient à l'appui de cette nouvelle conception.

CONCLUSIONS

Le nombre d'observations d'ulcérations aiguës des organes génitaux de la femme au cours de la fièvre typhoïde est actuellement encore peu élevé. Nous avons pu en relever 13, sur lesquelles nous en citons 10, sans compter notre propre observation.

D'après l'étude que nous avons faite, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Sauf une exception, tous les cas d'ulcérations aiguës des organes génitaux externes de la femme au cours de la fièvre typhoïde ont été observés chez des jeunes filles, de 12 à 21 ans.

2° Toute ulcération génitale aiguë du type de l'ulcère aigu de la vulve connue plus particulièrement sous le nom d' « *ulcus vulvæ acutum* », de LIPSCHUTZ, accompagnée d'une température en plateau entre 39° et 40°, hyperthermie durant depuis plus de 4 jours, doit faire rechercher une fièvre typhoïde.

3° La fièvre typhoïde n'est nullement modifiée dans ses signes cliniques, dans son évolution, dans son pronostic par la présence d'une ou de plusieurs ulcérations génitales aiguës.

4° L'évolution de l'ulcération aiguë de la vulve est indépendante de l'évolution de l'affection éberthienne,

quoique l'ulcère apparaisse en général à la fin du premier septenaire de la dothientérie.

5° Devant un ulcère aigu de la vulve, on doit savoir que l'on n'est pas en présence d'une lésion localisée, mais devant un signe d'extériorisation d'une maladie générale appelée Aphotose par M. TOURAINE, et qu'il faut par suite rechercher d'autres localisations possibles (bouche, peau, yeux, etc...).

Vu, le Doyen :

BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :

ABRAMI

Vu et Permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

AL. FONS. — « Bei acute Ulcer of the Vulva » (*Ugeskrift for læger*, 1919, n° 36, p. 1411).

— « Uber ulcus vulvæ acutum » (*Archiv. für dermat. u. Syph.*, 1921, n° 133, p. 336).

APPEL. — « Demonstration im Altonaer artzlicher Verein » (*Munch. med. Wochensch.*, 1916).

ARZT. — (*Wiener Derm. Gesello*, 1924).

ASSNIN et SUTEJEW (de Moscou). — « Zur frage des Ulcus vulvæ acutum Lipschutz » (*Archiv. für Dermat. u. Syph.*, 3 nov. 1933).

CH. BERLIN. — « Ulcère aigu du vagin au cours d'une fièvre typhoïde » (*Arch. of Dermat. and Syph.*, janv. 1939, T. 39, n° 1, pp. 89-91).

BRULÉ, HILLEMAND et GILBRIN. — (*Soc. med.*, 15 avril 1932, p. 525).

P. CHEVALIER. — « Ulcère aigu de la vulve » (*Presse médicale*, 1932, p. 98).

FROMMER. — (*Derm. Woch.*, 1925).

GOUGEROT, BURNIER et UHRY. — « Ulcus vulvæ acutum » (*Annales des mal. vénériennes*, 1929).

GROSS. — (*Wiener Klin. Wochensch.*, 1917).

— « Uber Ulcus Vulvæ acutum » (*Wiener Klin. Wochensch.*, 1914).

LARTIGAU. — (Brit. Med. Journal, 1899).

LÆVL. — « Über den Bacillus Crassus » (*Wiener Klin. Wochens.*, 1920).

LIPSCHUTZ. — « Klinische und Bacteriologische unterschün-
gen über das Ulcus Venerum » (*Arch. für Dermat. u. Syph.*, 1905).

— « Über ein eigenartige geschwürsform des Weiblichen genitales » (*Arch. für Dermat. u. Syph.*, 1913).

— « Bacteriologischer Grundüz und Atlas des geschlechets Krankheinten » (*Leipzig, Johan Ambrosius Barth.*, 1913).

— « Demonstration eines Falles von Ulcus Vulvæ acutum in der Weiner Gessellschaft der Ärzte » (*Wein. Klinis. Wochensch.*, 1914).

— « Derm. von Reinkulturen des Bacillus Crassus » (*Wien. Derm. Ges.*, 6 janv. 1918).

— « Über Ulcus Vulvæ acutum » (*Wiener Klinisch. Wochens.*, 1918).

— « Das Histologische Bild des Ulcus Vulvæ acutum » (*Arch. für Dermat. und Syph.*, 1921)

— (*Dermat. Woch.*, 1932).

— « Dermat. Studien » (Voss, éditeur, Leipzig, 1925).

— « Ulcus Vulvæ acutum » (*Handbuch de Jadassolm*, année 1927 et année 1934).

— « Ulcus Vulvæ acutum » (*Monographie, Leipzig, Verl. L. Voss*, 1932).

MATRAS. — (*Archiv. für Dermat. p. Syph.*, 21 octobre 1932, p. 491-497).

MANGANOTTI. — (*Il dermosifilografia*, juin 1936, pp. 269-326).

MORDO. — « Les ulcérations génitales et buccopharyngées au cours de la fièvre typhoïde chez la femme » (*Thèse de Paris*, 1939).

- NEUMANN. — « Die Aphten am Weibl genitale » (*Wiener Klin. Rundschau*, 1895).
- PARROT. — « La vulvité aphteuse et la gangrène de la vulve chez l'enfant » (*Revue de Médecine*, Paris, 1881).
- PILS H. — (*Arch. für Dermat. u. Syph.*, 25 mai 1925, p. 4-p. 8).
- POLICARO. — « Ulcus Vulvæ acutum » (*Arch. ital. di dermat. S. et V.*, juin 1937).
- POPOFF. — (*Réunion dermat. Strasbourg*, 8 mai 1938).
- PAUTRIER et RÖDERER. — « Ulcère aigu de la vulve de Lipchütz » (*Réunion dermat. de Strasbourg*, 8 mai 1931).
- ROSENTHAL. — (*Archiv. für dermat. u. Syph.*, 1930).
- RAPPAPORT. — « Ulcère aigu de la vulve » (*Thèse de Paris*, 1933).
- SACHS. — « Beiträge zur Pathologie de Vulvitis » (*Wien. Klin. Wochens.*, 1905).
- SCHERBER. — « Zür Klinik und Ätiologie einiger am Weiblichen genitale » (*Dermatol. Zeitsch.* 1913).
- Weitere Mitteilungen zur Klinik und Bacteriologie des pseudotuberkulösen Geschweire am Weiblichen genitale » (*Wein. Klin. Wochens.*, 1913).
 - « Über die Bezeichnungen der in den pseudotuberkulose, geschwuren, sive ulcus vulvæ acutum sich findenden Basillen zu den Scheidenbazillen. Doderlien » (*Wien. Klin. Wochens.*, 1908).
 - Zusammenfassung der Klinik der pseudotuberkulösen geschware sive ulcus vulvæ acutum Nachweis der Identität der in den geschwuren sich findenden bazillen mit des Scheidenbacillen geschwine zu benennen » (*Arch. für Dermat. u. Syph.*, 1919).
 - (*Wein. Med. Woch.*, 1923).
- SARAZIN. — « La vulvité aphteuse au cours des maladies infectieuses » (*Thèse de Paris*, 1883).

SAMEK et FISCHER. — (*Arch. für Dermat. u. Syph.*, 22 octobre 1930).

TOURAINE. — (*Bulletin de la Société française de dermatologie*, janvier 1941).

— « L'ulcère aigu de la vulve n'est qu'une aphtose » (*Progrès médical*, 1941).

— « L'aphtose » (*Presse médicale*, mars 1941).

TSCHAPIN. — « Ulcea non venerea bein Frauen » (*Zlb. Dermat.*, 1907).

— (*Arch. für Dermat. u. Syph.*, 1909).

TROISIER, BARETY et GABRIEL. — « Ulcère aigu de la vulve et fièvre typhoïde (rôle du *Bacillus Crassus*) » (*Soc. méd.*, 30 nov. 1934).

VIDAL. — « Ulcère aigu de la vulve au cours de la fièvre typhoïde » (*Thèse de Paris*, 1935).

ZANELLI. — « Ulcération spécifique des organes génitaux externes d'un typhique » (*Il policlino*, 1937).